

# Samverkan och samordning inom hälso- och sjukvården

2026-09-21



# Missiv till ansvariga nämnder

Revisorerna har avslutat granskningen *Samordning och samverkan inom hälso- och sjukvården*. Granskningen syftade till att bedöma om äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd har säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden.

Vi, förtroendevalda revisorer, hänvisar till de sakkunnigas revisionsrapport och ställer oss bakom bedömningarna och rekommendationerna i rapporten.

Vi noterar att granskningen visar på brister inom de granskade nämnderna. De har inte på ett heltäckande sätt säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden. Detta eftersom samordningen och samverkan av hälso- och sjukvårdsinsatser inte i sin helhet följer den styrning som nämnderna beslutat om. Det finns brister i arbetet med att delegera och följa upp delegeringar. Det finns vidare brister i förutsättningar för vård- och omsorgspersonal att få handledning av sjuksköterskor samt att komma i kontakt med dem utifrån behov.

Därutöver visar granskningen att uppdatering av viktig information i hälso- och sjukvårdspärmar samt i den muntliga kommunikationen brister. Vidare finns brister i kontinuiteten i samverkan mellan relevanta yrkesgrupper. Därutöver visar granskningen att det visserligen finns en uppföljning av samordning och samverkan, men att det samtidigt finns ett antal hinder och brister i uppföljningsarbetet. Systematiken i uppföljningen bör stärkas för att få bättre underlag i arbetet med att stärka patientsäkerheten.

Därför är vår sammantagna bedömning att nämnderna endast delvis har säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning. Vår bedömning är att nämnderna bör stärka arbetet med samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden.

Följande rekommendationer lämnas:

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för att utfärda och följa upp delegeringar enligt nämndernas styrande dokument.*

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för handledning mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal på ett sätt som motsvarar behoven.*

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systemstödet för en ändamålsenlig informationsöverföring.*

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka en systematisk samverkan mellan relevanta yrkesgrupper.*

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systematiken i uppföljningen av samverkan och sam-*

*ordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser för att få ett bättre beslutsunderlag, i syfte att stärka patientsäkerheten.*

Vi vill betona vikten av att nämnderna vidtar lämpliga åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i revisionsrapporten.

Med anledning av rekommendationerna kommer vi vilja ha ett yttrande från nämnderna. Alla yttranden som ni ombeds skicka in under granskningsåret ska sammanställas och skickas in vid ett samlat tillfälle.

Yttrandet ska skickas till [stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se](mailto:stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se) senast den 23 juni 2027.

Göteborg den 21 september 2026

För revisorsgruppen,  
enligt uppdrag

Jonas Ransgård  
ordförande

Birgitta Adler  
förtroendevald revisor, ersättare för vice  
ordförande

# Stadsrevisionens uppdrag

Stadsrevisionens uppdrag är att granska kommunens verksamhet. Granskningen sker på uppdrag av kommunfullmäktige som utser förtroendevalda revisorer som ansvarar för granskningen av nämnderna och kommunstyrelsen. Bland de förtroendevalda utser kommunfullmäktige även lekmannarevisorer. Lekmannarevisorerna ansvarar för granskningen av de bolag som kommunen äger.

I revisionsrapporterna presenterar yrkesrevisorerna den granskning som sker löpande under året och som rapporteras direkt till kommunfullmäktige. Tillsammans med redogörelserna ligger de till grund för revisorernas samlade ansvarsprövning och uttalande till kommunfullmäktige.

Du hittar alla stadsrevisionens redogörelser och rapporter på [www.goteborg.se/stadsrevisionen](http://www.goteborg.se/stadsrevisionen), men du kan också beställa dem från revisionskontoret via [stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se](mailto:stadsrevisionen@stadsrevisionen.goteborg.se).

Diarienummer: SRV-2025-00172

# Innehåll

|          |                                                                                                     |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Samlad bedömning</b>                                                                             | <b>7</b>  |
| 1.1      | Rekommendationer                                                                                    | 9         |
| <b>2</b> | <b>Granskningens utgångspunkter</b>                                                                 | <b>10</b> |
| 2.1      | Syfte och revisionsfrågor                                                                           | 10        |
| 2.2      | Revisionskriterier                                                                                  | 11        |
| 2.3      | Metod och avgränsningar                                                                             | 11        |
| <b>3</b> | <b>Granskningsresultat</b>                                                                          | <b>12</b> |
| 3.1      | Styrning av hälso- och sjukvårdsinsatser                                                            | 12        |
| 3.1.1    | Ansvarsfördelningen mellan nämnderna                                                                | 12        |
| 3.1.2    | Organisation inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO)                                   | 13        |
| 3.1.3    | Organisation inom förvaltningen för funktionsstöd (NFS)                                             | 13        |
| 3.1.4    | Styrning av samverkan                                                                               | 13        |
| 3.1.5    | Rutiner och riktlinjer finns framtagna inom flera områden                                           | 13        |
| 3.1.6    | Avvikelser ska analyseras i organisationen                                                          | 14        |
| 3.1.7    | Många styrdokument – följsamheten varierar                                                          | 15        |
| 3.1.8    | Utformning och förankring av de styrande dokumenten                                                 | 15        |
| 3.1.9    | Bedömning                                                                                           | 15        |
| 3.2      | Genomförande av samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsinsatser                            | 16        |
| 3.2.1    | Svårigheterna att rekrytera personal med hälso- och sjukvårdskompetens gör delegering problematisk  | 16        |
| 3.2.2    | Processen att förbereda vård- och omsorgspersonalen för att ta emot delegering brister              | 17        |
| 3.2.3    | Brister i uppföljning och omprövning av delegering                                                  | 18        |
| 3.2.4    | Tidsbrist påverkar hur delegering följs upp                                                         | 18        |
| 3.2.5    | Tillgången till handledning av sjuksköterskor brister                                               | 18        |
| 3.2.6    | Förutsättningarna att komma i kontakt med sjuksköterskor varierar och motsvarar inte alltid behoven | 20        |
| 3.2.7    | Svårigheter vid överföring av viktig hälso- och sjukvårdsinformation                                | 21        |
| 3.2.8    | Uppdateringar i hälso- och sjukvårdspärmar brister                                                  | 21        |
| 3.2.9    | Risker vid bristande kommunikation och informationsöverföring                                       | 21        |
| 3.2.10   | Kontinuiteten i samverkan varierar                                                                  | 22        |
| 3.2.11   | Bedömning                                                                                           | 23        |

|            |                                                                                                                  |    |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>3.3</b> | Nämndernas uppföljning av samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser .....                         | 25 |
| 3.3.1      | Uppföljning av samverkan och samordning vid ÄVO .....                                                            | 25 |
| 3.3.2      | Uppföljning av samordning och samverkan vid NFS .....                                                            | 26 |
| 3.3.3      | En utmaning att följa upp samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsuppgifter i en stor organisation ..... | 27 |
| 3.3.4      | Avvikelser av brister inom samverkan och samordning rapporteras sällan .....                                     | 27 |
| 3.3.5      | Underrapportering när det gäller vårdskador samt risker för vårdskador .....                                     | 28 |
| 3.3.6      | Behov av stöd i uppföljning och analys på enhetsnivå .....                                                       | 29 |
| 3.3.7      | Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen kan stärkas .....                                                        | 30 |
| 3.3.8      | Bedömning .....                                                                                                  | 31 |

# 1 Samlad bedömning

Revisorerna har granskat äldre- samt vård och omsorgsnämndens (ÄVO) och nämnden för funktionsstöds (NFS) samverkan och samordning av den kommunala hälso- och sjukvården. Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnderna säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden.

Den sammanvägda bedömningen är att de granskade nämnderna delvis har säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden.

Vår bedömning är att de granskade nämnderna har sett till att det finns en styrning av samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Emellertid är mängden styrdokument svår att överblicka i organisationerna och det finns behov av en översyn av på vilken organisatorisk nivå som styrdokumentet fattas och hur de förhåller sig till varandra.

Granskningen visar att det finns en organisation i enlighet med de krav som ställs i lagstiftningen där båda granskade nämnder har utsett verksamhetschefer för hälso- och sjukvård som ansvarar för verksamheten. Det finns medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR) som arbetar mot BMSS (boende med särskild service) och VoB (vård- och omsorgsboende). Vidare visar granskningen att ansvar och roller för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivna för de granskade nämnderna och att detta förtydligades i och med den riktlinje som beslutades vid nämndernas möten i februari 2026.

Vår bedömning är att nämndernas genomförande av samordning och samverkan av hälso- och sjukvård brister i det praktiska genomförandet i förhållande till den styrning som ÄVO och NFS har beslutat om. Viktiga strukturer, arbetssätt och förutsättningar för samverkan bör stärkas mellan nämnderna på flera områden, exempelvis inom delegeringsarbetet, gällande handledning och informationsöverföring. Det finns brister i arbetet med att delegera och följa upp delegeringar. Det finns vidare brister i förutsättningar för vård- och omsorgspersonal att få handledning av sjuksköterskor samt att komma i kontakt med dem utifrån behov. Därutöver visar granskningen att uppdatering av viktig information i hälso- och sjukvårdspärmar samt i den muntliga kommunikationen brister. Vidare finns brister i kontinuiteten i samverkan mellan relevanta yrkesgrupper.

Vi bedömer vidare att det finns en uppföljning av samordning och samverkan, men att den kan stärkas. Vi bedömer att det delvis finns en organisation och ansvarsfördelning när det gäller det systematiska kvalitetsarbetet för samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor enligt patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

När det gäller ÄVO finns en organisation för att följa upp hälso- och sjukvårdsfrågor och kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i linjen från enhetsnivå till

avdelningsnivå i avdelningen hälso- och sjukvård och i avdelningen vård-och omsorgsboende.

När det gäller NFS finns en organisation för att följa upp kvalitets- och patient-säkerhetsarbetet i linjen från enhetsnivå till avdelningsnivå i avdelningen hälso- och sjukvård. När det gäller uppföljning av hälso- och sjukvårdsfrågor saknas emellertid en sammanställd uppföljning på enhetsnivå vid förvaltningens avdelningar för utförare. Förvaltningen har dock tagit fram mål och anvisningar för enhetschefsnivåns uppföljning på området i verksamhetsplanen (2026) för BMSS.

Granskningen visar samtidigt att det finns ett antal hinder och brister som försvårar en tillfredsställande uppföljning.

Vi bedömer att det finns en risk för bristande helhet och samordning i både uppföljning, styrning och vidtagna åtgärder vid uppföljningen av samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhet. Uppföljningen genomförs och rapporteras i två separata spår till nämnderna. Innehåll och analys samt mål diskuteras och samverkas visserligen mellan de olika verksamheterna. Det framkommer dock i granskningen att det är en utmaning att samverka när det gäller analyser och mål i en stor organisation där flera förvaltningar och verksamheter ska samverka. Detta innebär att det finns en risk att resultaten och analysen i de två spåren inte samordnas på ett tydligt sätt, vilket riskerar att resultera i en bristande helhet och samordning i både uppföljning, styrning och vilka åtgärder som vidtas.

Vi bedömer att det finns risk för att det saknas ett tillförlitligt underlag för att synliggöra, analysera och åtgärda brister inom ramen för nämndernas ansvarsområden. Detta beror på att processen för att hantera avvikelser inte är tillräckligt förankrad och fungerande i praktiken i någon av verksamheterna VoB eller BMSS.

Vi bedömer också att det finns behov av att stärka stödet till enhetschefer vid boenden när det gäller att förtydliga och förankra syftet med det systematiska kvalitetsarbetet vid båda förvaltningarna. Detta innefattar att kommunicera stöd och anvisningar om vad som förväntas i det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer i organisationen när det gäller vad som ska följas upp och hur uppföljningen ska gå till samt hur statistik ska rapporteras. Detta säkerställer att uppföljning genomförs, analyseras och rapporteras likvärdigt och skapar ett strukturerat underlag för analys som rapporteras till nämnderna.

Vår samlade bedömning är att nämnderna bör stärka arbetet med samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden. För att säkerställa en tillräcklig samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden finns ett behov av att stärka strukturer och systemstöd för samordningen och samverkan. Därutöver ser vi även ett behov av att stärka nämndernas uppföljning av samordningen och samverkan.

## 1.1 Rekommendationer

Utifrån granskningen lämnar vi följande rekommendationer:

- Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för att utfärda och följa upp delegeringar enligt nämndernas styrande dokument.
- Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för handledning mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal på ett sätt som motsvarar behoven.
- Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systemstödet för en ändamålsenlig informationsöverföring
- Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka en systematisk samverkan mellan relevanta yrkesgrupper
- Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systematiken i uppföljningen av samverkan och samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser för att få ett bättre beslutsunderlag, i syfte att stärka patientsäkerheten.

## 2 Granskningens utgångspunkter

Kommunerna är enligt lag skyldiga att erbjuda en god, säker och sammanhållen vård och omsorg till personer som bor i kommunala boendeformer som särskilt boende för äldre, bostäder enligt LSS och socialpsykiatriska boenden.<sup>1</sup> Personer som bor i dessa bostäder har ofta omfattande och sammansatta behov av vård och omsorg som kräver samordnade insatser från flera yrkeskategorier.

I Göteborgs Stad utförs den kommunala hälso- och sjukvården inom två nämnder: äldre samt vård- och omsorgsnämnden (ÄVO) och nämnden för funktionsstöd (NFS). Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter) organiseras under ÄVO, medan stora delar av den dagliga vården utförs av vård- och omsorgspersonal i de båda förvaltningarna på delegation och ordination.

Kommunen har som vårdgivare skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls<sup>2</sup>. När ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser är delat mellan olika nämnder, verksamheter och personalkategorier är det viktigt att det finns en tydlig styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården.

Det är viktigt med en välfungerande samverkan och samordning och att roller och ansvar är tydliggjorda, att personalen har den kompetens och det stöd den behöver, att det finns förutsättningar för kommunikation och informationsöverföring och att avvikelser rapporteras och hanteras. Annars finns det en risk för en ineffektiv resursanvändning, att individens behov inte tillgodoses på ett sammanhållet sätt eller att den enskildes patientsäkerhet äventyras.

### 2.1 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om äldre samt vård- och omsorgsnämnden (ÄVO) och nämnden för funktionsstöd (NFS) säkerställt en tillräcklig samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatser inom kommunala boenden.

Syftet besvaras genom följande revisionsfrågor:

1. Har nämnderna sett till att det finns en ändamålsenlig styrning av samverkan och samordning för insatserna?
2. Har nämnderna sett till att samordning och samverkan av insatserna genomförs på ett ändamålsenligt sätt?
3. Har nämnderna sett till att samverkan och samordningen följs upp enligt gällande regelverk?

<sup>1</sup> 12 kap. 1 § HSL; prop. 1992/93:159, s. 182; Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade; Socialtjänstlagen (2025:400)

<sup>2</sup> PSL 3 kap. 1 §

## 2.2 Revisionskriterier

Stadsrevisionen har använt följande revisionskriterier för att bedöma granskningens iakttagelser:

- Kommunallagen (2017: 725), KL
- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL
- Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Socialtjänstlagen (2025: 400), SoL
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument
- Göteborgs Stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor.

## 2.3 Metod och avgränsningar

Granskningen omfattar endast kommunal verksamhet. Regionens ansvar för primärvård och specialistvård ingår inte.

Fokus ligger på vuxna personer i bostäder med särskild service enligt 9 kap. § 9 LSS, särskilda boendeformer för äldre personer enligt 8 kap. 4 § SoL.

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer. I granskningen har vi valt att använda oss av gruppintervjuer med personal som arbetar i stadsområde nordost och sydväst vid fyra slumpmässigt valda boenden med särskild service (BMSS) och vid fyra vård- och omsorgsboenden (VoB). Intervjuer har genomförts med:

- vård- och omsorgspersonal, stödassistenter och stödpedagoger (i granskningen benämner vi dessa kategorier som vård- och omsorgspersonal)
- legitimerad personal (sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter,
- medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)
- enhetschefer för boenden och för legitimerad personal
- verksamhetschefer för hälso- och sjukvård, för VoB samt verksamhetschefer enligt hälso- och sjukvårdslagen vid ÄVO och NFS
- avdelningschefer för utföraravdelningar vid nämnden för funktionsstöd.

## 3 Granskningsresultat

Här redovisar revisionskontoret de iakttagelser och bedömningar som vi har gjort utifrån granskningen. Redovisningen är strukturerad utifrån de tre revisionsfrågorna.

### 3.1 Styrning av hälso- och sjukvårdsinsatser

I det här avsnittet redogör vi för om äldre samt vård- och omsorgsnämnden (ÄVO) och nämnden för funktionsstöd (NFS) har sett till att det finns en ändamålsenlig styrning av samverkan och samordning av hälso- och sjukvården.

#### 3.1.1 Ansvarsfördelningen mellan nämnderna

Ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer.<sup>3</sup> I Göteborgs Stad har kommunfullmäktige genom reglementen gett ÄVO och NFS uppdraget att vara vårdgivare i fullmäktiges ställe. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas tjänstepersoner som ansvarar för verksamheten.<sup>4</sup> I Göteborgs Stad har ett antal verksamhetschefer för hälso- och sjukvård getts ett formellt uppdrag av ÄVO och NFS.

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.<sup>5</sup> Granskningen visar att de granskade nämnderna beslutade om likalydande riktlinjer för ansvarsfördelning för patientsäkerhet i februari 2026.<sup>6</sup> Ansvaret är fördelat från nämnd via förvaltningsdirektör genom linjen till enhetschef och legitimerad personal samt vård och omsorgspersonal.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) är organiserade inom ÄVO och har ett lagstadgat ansvar för att ta fram styrande dokument och för att samverka med chefer och medarbetare när det gäller patientsäkerhet där hälso- och sjukvård bedrivs.<sup>7</sup> De ansvarar också för att analysera patientsäkerhetsarbetet.

Verksamhetschefer ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att organisera arbetet med patientsäkerhet. De ska informera chefer om lagstiftning och styrande dokument samt om arbetsmetoder och utrustning. Tillsammans med MAS och MAR ska de även ta fram förvaltningens förslag på patientsäkerhetsberättelse enligt patientsäkerhetslagen.

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 12 kap 1§

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) 4 kap 2 §

<sup>5</sup> Patientsäkerhetslagen 3 kap 1§

<sup>6</sup> Äldre- samt vård och omsorgsnämndens riktlinje för ansvarsfördelning för patientsäkerhet och Nämnden för funktionsstöds riktlinje för ansvarsfördelning för patientsäkerhet

<sup>7</sup> Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 4 kap §§6

### 3.1.2 Organisation inom äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen (ÄVO)

Den legitimerade personalen finns organiserade under ÄVO i avdelningen för hälso- och sjukvård. Avdelningen är organiserad i verksamhetsområden efter stadsområden och det finns ett verksamhetsområde som arbetar mot nämnden för funktionsstöd där bland annat BMSS ingår. I avdelningen finns sammanlagt åtta verksamhetschefer som är utsedda enligt hälso- och sjukvårdslagen och som arbetar gentemot avdelningar i ÄVO respektive NFS.

Avdelningen för vård- och omsorgsboende har en avdelningschef, verksamhetschefer i fyra geografiska indelningar och ett enhetschefsled som ansvarar för boendena.

Inom ÄVO finns tio MAS och fem MAR som från årsskiftet 2026 är organiserade under avdelningschefen för hälso- och sjukvård. Av dessa arbetar två MAS och en MAR gentemot NFS.

### 3.1.3 Organisation inom förvaltningen för funktionsstöd (NFS)

NFS har två utföraravdelningar och två avdelningschefer i två geografiska indelningar. Under avdelningscheferna finns verksamhetschefer och ett enhetschefsled som ansvarar för BMSS.

Tre verksamhetschefer är utsedda i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. En avdelningschef för utförarverksamheter bär HSL-frågorna i förvaltningsledningen och ingår i samverkan med avdelningschef för hälso- och sjukvården inom ÄVO.

### 3.1.4 Styrning av samverkan

Ansaret för hälso- och sjukvårdsinsatserna är uppdelade mellan ÄVO och NFS. Det är därför viktigt med en välfungerande samverkan och samordning mellan verksamheterna och de olika personalkategorierna för att säkerställa att en god och patientsäker vård upprätthålls.

Hur samverkan ska fungera mellan förvaltningarna finns beskrivet i *Göteborgs Stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor*. Rutinen är inte beslutad av respektive nämnd utan har beslutats av förvaltningsdirektören för ÄVO. Men den gäller för både ÄVO och NFS. I rutinen beskrivs hur samverkan ska fungera på såväl operativ som strategisk nivå.<sup>8</sup>

### 3.1.5 Rutiner och riktlinjer finns framtagna inom flera områden

Mängden styrande dokument som är relevanta för det granskade området är stor. Granskningen visar att de beslutas på olika nivåer i organisationen och det är inte alltid tydligt vilka verksamheter rutiner och riktlinjer vänder sig till. Nedan framgår tre exempel.

---

<sup>8</sup> Göteborgs stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor

Granskningen visar att det finns en *Rutin för informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Det framgår inte av rutinen vem den gäller för. Rutinen är upprättad av MAS, MAR, socialt ansvarig utredare (SAS) och verksamhetschefer enligt HSL och beslutad av dåvarande sektorchefen inom individ och familjeomsorg, funktionsstöd (IFO/FH) och äldreomsorg, hälso- och sjukvård (ÄO/HS). Informationsöverföring är viktig för att säkerställa att alla som utför hälso- och sjukvårdsåtgärder har tillgång till den information som behövs för att ge god vård. Enligt rutinen ska all informationsöverföring ske muntligt och så snart som möjligt. Den muntliga informationen ska kompletteras med skriftlig information.<sup>9</sup>

Granskningen visar att MAS och MAR har beslutat om en *Riktlinje för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering*, som gäller ÄVO och NFS. I riktlinjen framgår syfte, vem som omfattas och hur ansvaret för ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser är fördelat. Enligt patientsäkerhetslagen får hälso- och sjukvårdspersonalen delegera en arbetsuppgift till någon annan endast om det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har förutsättningar att fullgöra uppgiften.<sup>10</sup>

Verksamhetschefer hälso- och sjukvård har också beslutat om en *Rutin för utbildning och delegering i läkemedelshantering* som gäller för både ÄVO och NFS.

### 3.1.6 Avvikelse ska analyseras i organisationen

Vårdgivare ska inom ramen för sitt kvalitetsledningssystem ta emot och utreda klagomål och synpunkter. Inkomna rapporter, klagomål och synpunkter ska sammanställas och analyseras för att kunna identifiera mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.<sup>11</sup> Den legitimerade personalen är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls och ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>12</sup>

I *Riktlinje för ansvarsfördelning patientsäkerhet* framgår att enhetscheferna i de avdelningar och förvaltningar där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs ansvarar för att utreda och åtgärda risker och avvikelser och rapportera till närmaste chef och medicinskt ansvariga enligt rutin. I rutinen *Rapportering av risker, avvikelser, missförhållanden, synpunkter och klagomål enligt SoL, LSS och HSL* fastslås vidare att avvikelse rapporteringen är en del av stadens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vård- och omsorg samt hälso- och sjukvård.<sup>13</sup>

<sup>9</sup> Rutin: Informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst

<sup>10</sup> Patientsäkerhetslag 6 kap 3§

<sup>11</sup> SOSFS 2011:9 5 kap

<sup>12</sup> Patientsäkerhetslagen 6 kap 4§

<sup>13</sup> Äldre- samt vård och omsorgsnämndens riktlinje för ansvarsfördelning för patientsäkerhet och Nämnden för funktionsstöds riktlinje för ansvarsfördelning för patientsäkerhet

### 3.1.7 Många styrdokument – följsamheten varierar

I de intervjuer vi genomfört framkommer att mängden styrande dokument i form av riktlinjer och rutiner är omfattande och kan vara svåra att navigera i för både vård- och omsorgspersonal, legitimerad personal och enhets- och verksamhetschefer. Det framkommer i våra intervjuer att det också finns lokala rutiner utöver de övergripande dokumenten. Dessa kan skilja sig mellan ÄVO:s och NFS:s verksamheter i olika områden i staden. Vår granskning visar att medarbetare på alla nivåer i organisationen lyfter att följsamheten till de styrande dokumenten brister i olika omfattning.

### 3.1.8 Utformning och förankring av de styrande dokumenten

Enligt *Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument* ska kommunfullmäktige besluta om stadenövergripande riktlinjer.<sup>14</sup> Nämnderna kan också besluta om riktlinjer som avser egen förvaltning. Benämningen riktlinje används för exempelvis *Riktlinje för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering* som gäller flera nämnder, dock är den inte beslutad av nämnderna.

MAS och MAR har enligt hälso- och sjukvårdsförordningen ansvar för att det finns ändamålsenligt rutiner. En del av de styrande dokument som gäller hälso- och sjukvårdsuppdraget har tagits fram av MAS, MAR eller verksamhetschefer HSL och benämns riktlinjer och i vissa fall rutiner.

Granskningen visar att en översyn av benämning och innehåll i de styrande dokumenten som gäller hälso- och sjukvårdsuppgifter har initierats under våren 2026 i samband med en rekommendation från stadsrevisionen. MAS och MAR är involverade i arbetet som leds av förvaltningsledning och förvaltningscontroller på ÄVO.

### 3.1.9 Bedömning

Vår bedömning är att de granskade nämnderna har sett till att det finns en styrning av samverkan och samordning för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Emellertid är mängden styrdokument svår att överblicka i organisationerna och det finns behov av en översyn av på vilken organisatorisk nivå om styrdokumentet fattas och hur de förhåller sig till varandra.

Granskningen visar att det finns en organisation i enlighet med de krav som ställs i lagstiftningen där båda granskade nämnder har utsett verksamhetschefer för hälso- och sjukvård som ansvarar för verksamheten. Det finns även MAS och MAR som arbetar mot BMSS och VoB.

Vidare visar granskningen att ansvar och roller för patientsäkerhetsarbetet finns beskrivna för de granskade nämnderna och att detta förtydligades i och med den riktlinje som beslutades vid nämndernas möten i februari 2026.

Vår bedömning är att det finns styrande dokument som tydliggör hur samverkan och samordning av hälso- och sjukvård ska organiseras och genomföras. Det

---

<sup>14</sup> Göteborgs Stads riktlinje för styrande dokument

framkommer dock i intervjuer att mängden av styrande dokument och rutiner är stor och upplevs svår att överblicka på de olika nivåerna i organisationen. Vår bedömning är vidare att det inte är tydligt hur de styrande dokumenten förhåller sig till varandra. Detta gäller exempelvis vilket dokument som är överordnat ett annat och det saknas en systematik när det gäller vilken organisatorisk nivå de är beslutade på.

Förvaltningen uppger att en översyn gällande riktlinjer och rutiner på området initierats. Vi ser positivt på att en översyn genomförs. Vår bedömning är att det är viktigt att översynen syftar till att förtydliga styrningen för att underlätta samverkan och samordning mellan de olika personalkategorierna i verksamheten.

Vår bedömning är vidare att man i översynen behöver beakta benämningen på de styrande dokumenten, så att dessa ligger i linje med Göteborgs Stads riktlinjer för styrande dokument. Främst gäller detta benämningen ”Göteborg Stads riktlinje” som utifrån stadens riktlinje för styrande dokument oftast avser en riktlinje beslutad av kommunfullmäktige.

## 3.2 Genomförande av samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsinsatser

I det här avsnittet redogör vi för om genomförandet av samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsinsatser följer den styrning som ÄVO och NFS har beslutat om.

### 3.2.1 Svårigheterna att rekrytera personal med hälso- och sjukvårdskompetens gör delegering problematisk

När vård- och omsorgspersonal utför ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder, med eller utan delegering, omfattas de av bestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>15</sup> Det innebär att enhetschefen ansvarar för att den hälso- och sjukvård som utförs inom enheten håller en god kvalitet och följer gällande rutiner och riktlinjer. Samtidigt framgår det av patientsäkerhetslagen att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan, ansvarar för att denne har kunskap att utföra delegerad åtgärd.<sup>16</sup> Enhetschefer ansvarar för att det finns medarbetare i tjänst som kan utföra delegerad åtgärd och att leda och fördela arbetet så att förutsättningar finns att utföra åtgärderna.<sup>17</sup>

Granskningen visar att det är svårt för enhetschefer vid boendena att rekrytera personal med grundläggande kompetens när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor. Detta får konsekvenserna att personalens kompetens varierar. Det

<sup>15</sup> Ansvaret framgår i det stödjande dokumentet *Ansvar inom kommunens hälso- och sjukvård. Enhetschef för stöd- och omsorgsmedarbetare ansvar i hälso- och sjukvård*

<sup>16</sup> Patientsäkerhetslagen kap 6 §3

<sup>17</sup> Ansvaret framgår i *Riktlinjen för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering*

förekommer enligt våra intervjuer att personal som godkänns att genomföra delegerade och ordinerade hälso- och sjukvårdsuppgifter saknar grundläggande kompetens för uppdraget. Enligt intervjuer kan det exempelvis handla om att vård- och omsorgstagare med diabetes ges felaktig kost vid blodsockerfall eller att det saknas förståelse för att medicinerings behov ges vid vissa tidpunkter i förhållande till annan vård- och omsorg.

Bristen på vård- och omsorgspersonal med grundläggande kompetens medför vid vissa boenden att det är för få som kan genomföra delegerade uppgifter. Det innebär att tidsbrist uppstår i förhållande till hälso- och sjukvårdsuppgifter som ska genomföras. Det finns därmed en risk för ett felaktigt utförande, exempelvis att insulin ges ut vid senare tidpunkt än vad som anges i vårdplaner. I våra intervjuer vid båda förvaltningarna har det lyfts att det finns behov av att anställa en större andel vård- och omsorgspersonal med kompetens som undersköterska. Vid nämnden för funktionsstöd lyfts detta specifikt i förhållande till att hyresgästerna vid BMSS blir äldre samtidigt som vårdbehoven ökar.

Granskningen visar att hälso- och sjukvårdsavdelningen ser att det finns behov av att tydligare fördela arbetsuppgifter som vård- och omsorgspersonalen utför utifrån kompetens. Det innebär att medarbetare med rätt kompetens kan ansvara för specifika vårdåtgärder, även på flera enheter. Enligt ÄVO kan arbetssättet stärka patientsäkerheten samt minska antalet avvikelser och administration. Inom förvaltningen har en dialog inletts mellan vård- och omsorgsboende och hälso- och sjukvården om hur arbetssättet kan utvecklas.

### **3.2.2 Processen att förbereda vård- och omsorgspersonalen för att ta emot delegering brister**

Enhetscheferna ansvarar för att organisera patientsäkerhetsarbetet på respektive boende. Medarbetarna ska få information och instruktioner om exempelvis arbetsmetoder och utrustning för att förebygga vårdskador. Momenten ska ingå i introduktionen för alla medarbetare. Enhetschefer ansvarar också för att säkerställa att medarbetare accepterar sin delegering i verksamhetssystemet Treserva.

Granskningen visar att det varierar om enhetschefer vid VoB och BMSS säkerställer att vård- och omsorgspersonal har god kännedom om patienter och verksamhet och att de bedömer att de är lämpliga att genomföra en utbildning för att ta emot en delegering eller att genomföra en ordination. Det varierar också om enhetschefer ser till att vård- och omsorgspersonalen godkänner och tar emot beslutad delegering i Treserva. Detta innebär att processen där legitimerad personal godkänner och utfärdar delegeringar tar lång tid och att det uppstår situationer där det är brist på vård- och omsorgspersonal som kan utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter.

Enhetschefer vid boendena beskriver också att det varierar om vård- och omsorgspersonalen tar del av en praktisk genomgång där deras kunskaper säkerställs. Det framkommer i granskningen att det förekommer att ny personal i praktiken får ta emot delegeringar utan att kunskap har säkerställts.

### 3.2.3 Brister i uppföljning och omprövning av delegering

Vidare ansvarar enhetscheferna för att hålla sig underrättade och att följa upp vilka medarbetare som har delegering och när delegeringen löper ut. Vård- och omsorgspersonal som utför delegerade hälso- och sjukvårdsåtgärder ansvarar för att bevaka när delegering upphör och behöver förnyas. De ska i god tid kontakta legitimerad personal för att förnya delegering.

Granskningen visar att det varierar om enhetschefer vid boenden systematiskt följer upp om medarbetare har aktuella delegeringar och när dessa behöver omprövas och förnyas. Därför förekommer det att enhetschefer saknar kunskap om vilka medarbetare som har delegeringar som gäller och vilka som behöver förnyas. Eftersom det också varierar om vård- och omsorgspersonalen bevakar när deras delegering upphör och behöver förnyas blir konsekvensen att det förekommer att medarbetare genomför delegerade uppgifter trots att deras delegering har upphört.

### 3.2.4 Tidsbrist påverkar hur delegering följs upp

*Riktlinjen för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering* reglerar att legitimerad personal ska ompröva mottagarens kunskap och förmåga vid förnyelse av delegering samt regelbundet följa upp att delegerad arbetsuppgift utförs på ett patientsäkert sätt.

Granskningen visar att det varierar hur väl sjuksköterskor kontrollerar vård- och omsorgspersonalens kunskap och förmåga vid förnyelse av delegering samt om de följer upp om delegerade arbetsuppgifter utförs på ett patientsäkert sätt. Skälet till att dessa uppgifter inte utförs uppges i intervjuer vara tidsbrist vilket innebär att sjuksköterskor inte har förutsättningar att följa upp delegeringar på ett systematiskt sätt.

Detta leder till att det främst är vid upptäckta brister och avvikelser som delegeringar inte förnyas. Att upptäcka brister är vidare enligt de vi intervjuat ett arbete som försvåras av att det varierar hur väl enhetschefer vid VoB och BMSS samverkar med legitimerad personal vid utredning av avvikelser och vid återkallelse av delegering. Enligt de intervjuade fungerar samverkan med vissa enhetschefer väl, medan samverkan vid uppföljning av delegeringar inte fungerar när det gäller andra enhetschefer

### 3.2.5 Tillgången till handledning av sjuksköterskor brister

Legitimerad personal får enligt patientsäkerhetslagen delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Den som delegerar en arbetsuppgift ansvarar för att den som tar emot uppgiften har förutsättningar att fullgöra den.<sup>18</sup> Legitimerad personal ska visa praktiskt och förklara hur åtgärden ska utföras samt kontrollera att mottagaren har kunskap och förmåga att utföra åtgärden på ett säkert sätt. Personal som utför en delegerad åtgärd ansvarar för att den utförs enligt ordination och instruktion. Om

---

<sup>18</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659) 6 kap 3§

personalen saknar kunskap och förmåga att utföra åtgärden ska de kontakta legitimerad personal.<sup>19</sup>

Vår granskning visar att tillgängligheten till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal varierar vid boendena. Den uppfyller inte alltid vård- och omsorgspersonalens behov av handledning för att utföra delegerade och ordinerade uppgifter på ett patientsäkert sätt.

Av intervjuer framgår att det varierar mellan boenden om praktisk handledning genomförs på ett ändamålsenligt sätt av legitimerad personal. Det är framför allt tillgången till handledning av sjuksköterskor som brister vid en del boenden. Företrädare för VoB uppger i intervju att så kallade rapporttillfällen, där den legitimerade personalen lämnar viktig och aktuell information om hälso- och sjukvårdsåtgärder har minskat eller försvunnit vid flera boenden. Företrädare för BMSS uppger att de tidigare hade schemalagd vård- och omsorgspersonal som kunde ta emot information från legitimerad personal och sprida den till övrig personal i arbetsgruppen men att denna organisering inte längre tillämpas.

De intervjuade berättar vidare att en vanlig lösning är att legitimerad personal handleder några få i arbetsgruppen med vård- och omsorgspersonal och att dessa sedan förväntas föra kunskapen vidare till övrig vård- och omsorgspersonal som ska utföra ordinationerna. Detta medför enligt de intervjuade att viss vård- och omsorgspersonal arbetar efter ny information medan andra fortfarande arbetar enligt ej gällande instruktioner.

Enhetschefer, legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal beskriver i intervjuer systemet med handledning som sårbart. Det kan ta lång tid innan relevant vård- och omsorgspersonal fått samma instruktion. Detta medför att information riskerar att stanna hos vissa personer eller förändras med följderna att det förekommer att delegerade och ordinerade uppgifter utförs på ett felaktigt sätt som innebär risker för patientsäkerhet. De intervjuade ger exempel på vad som händer när instruktioner inte förstås eller inte genomförs rätt. Det handlar exempelvis om felaktigt använda lyftselar där personer har ramlat ur, utebliven träning som lett till vårdskada och brister i vändning som kan ge trycksår samt felaktigt utförda såromläggningar.

Svårigheterna på området är också något som ÄVO själva uppmärksammar. Avdelningen hälso- och sjukvård lyfter att sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter ansvarar för att säkerställa kompetens också för det som gäller basal omvårdnad. I detta sammanhang anger de vidare att roller och ansvar hos vård- och omsorgspersonal och legitimerad personal behöver vara tydligare så att det finns ömsesidiga förväntningar på ansvar. Ett dilemma är att handledning i hälso- och sjukvårdsfrågor behöver efterfrågas i rätt situationer och inte i det som bör kunna hanteras på undersköterskenivå och som handlar om basal omvårdnad. Ytterligare en svårighet som lyfts i granskningen är att kompetensen att möta multisjuka äldre och deras behov generellt behöver stärkas inom vård- och omsorgen. I granskningen framkommer också att när det samtidigt är en utmaning att rekrytera legitimerad personal så är det inte möjligt för legitimerad

---

<sup>19</sup> Göteborgs Stads riktlinje för ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering

personal att säkerställa att rätt kompetens finns hos vård- och omsorgspersonalen.

### **3.2.6 Förutsättningarna att komma i kontakt med sjuksköterskor varierar och motsvarar inte alltid behoven**

Granskningen visar också att tillgången till legitimerad personal och möjlighet att nå dem inte alltid är tillräcklig. Det kan vara vid tillfällen då vård- och omsorgspersonalen har frågor eller behöver upplysa den legitimerade personalen om förändrat eller försämrat hälsoläge eller när de saknar kunskap och förmåga att utföra en ordinerad åtgärd. I intervjuer beskrivs sjukskötersketillgången som otillräcklig efter lunch och vid kvällar, nätter och helger. Av intervjuerna framgår också att det inte är tydligt och förutsägbart hur vård- och omsorgspersonalen i praktiken ska få tag på sjuksköterskor. Enhetschefer och vård- och omsorgspersonal vid boenden beskriver bristande återkoppling i kontaktvägar och att kontakt via exempelvis funktionsbrevlåda för hälso- och sjukvårdsärenden är oförutsägbart och osäker eftersom det ofta inte sker någon återkoppling. Det förekommer också att det vid vissa boenden finns lösningar med informella kontaktvägar där personalen ringer till sjuksköterskas privata nummer enligt överenskommelse.

De intervjuade beskriver vidare att sjuksköterskor inte alltid lyssnar på deras observationer eller bedömer att de inte behöver komma ut trots att vård- och omsorgspersonalen beskriver kritiska lägen som kan uppstå och där deras delegering och kompetens inte räcker till. Intervjuade sjuksköterskor beskriver å sin sida att vård- och omsorgspersonal ofta lämnar ofullständig information om vård- och omsorgstagarnas hälsolägen och att de på grund av hög arbetsbelastning behöver prioritera bland ärenden som är mest akuta.

Konsekvenser av bristande förutsättningar att komma i kontakt med sjuksköterskor som beskrivs i intervjuerna är bland annat fördröjda bedömningar, missade eller försenade ordinationer, större osäkerhet i arbetet samt ökad risk för bristande patientsäkerhet. Enhetschefer vid boenden beskriver också situationer där vård- och omsorgspersonal i akuta lägen får ringa 112 utan att kunna svara på ambulansens medicinska frågor eftersom sjuksköterskor inte varit tillgängliga för att göra en hälso- och sjukvårdsbedömning.

I granskningen framkommer att när det finns situationer som sjuksköterskor bedömer som akuta utifrån vad vård- och omsorgspersonal säger i telefon ber de personal larma ambulans. Svårigheter uppstår enligt ÄVO särskilt vid kvällar, nätter och helger då sjuksköterskor ansvarar för ett större område och när de inte hinner utföra bedömning på plats inom en rimlig tid. ÄVO lyfter i sammanhanget att när det finns misstanke om allvarliga tillstånd, exempelvis stroke, är det avgörande att larma 112 så snart som möjligt och att vård- och omsorgspersonalen då ska larma 112 trots att de inte kan besvara alla medicinska frågor som ställs av SOS Alarm. Detta betonas vara en viktig del i att säkerställa patientsäkerheten och minska risken för allvarliga tillstånd på grund av att man inväntar ytterligare bedömningar.

### 3.2.7 Svårigheter vid överföring av viktig hälso- och sjukvårdsinformation

Granskningen visar att *Rutin för informationsöverföring mellan kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst* fastställer organiseringen och strukturen för informationsöverföring. Samtidigt visar granskningen att det finns brister i det praktiska genomförandet och följsamheten till de styrande dokumenten. Den huvudsakliga bristen som lyfts fram i intervjuer är att legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal inte delar ett gemensamt dokumentationssystem vilket bland annat innebär att vård- och omsorgspersonal inte kan ta del av vårdplaner samt legitimerad personals anteckningar och journalföring som gäller vård- och omsorgstagarnas aktuella hälso- och sjukvårdstillstånd och ordinationer.

### 3.2.8 Uppdateringar i hälso- och sjukvårdspärmar brister

Granskningen visar vidare att informationsöverföringen med hjälp av utskrivna vårdplaner, ordinationer och signeringslistor i en pärm (så kallad HSL-pärm) inte är ett fungerande arbetssätt i praktiken. Detta beror bland annat på att pärmar inte alltid är uppdaterade med de senaste vårdplanerna, ordinationerna med tillhörande signeringslistor samt annan aktuell information om vård- och omsorgstagarens hälso- och sjukvårdstillstånd och relaterade behov. De vi intervjuat beskriver att pärmar ofta innehåller äldre vårdplaner och signeringslistor och/eller handskrivna ändringar och noteringar i vårdplaner och signeringslistor. Detta medför att det ofta är oklart för vård- och omsorgspersonalen vilken version av information som gäller samt om handskriven information och/eller ändringar är utförd av legitimerad personal och om den är giltig eller inte.

Därutöver framkommer att en del HSL-pärmar innehåller flertalet vårdplaner och ordinationer och att det förekommer att det är oklart för vård- och omsorgspersonalen vilka vårdplaner som är aktuella.

### 3.2.9 Risker vid bristande kommunikation och informationsöverföring

Granskningen visar som vi beskriver ovan att tillfällen där den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen planerat och strukturerat ger en lägesrapport över vård- och omsorgstagarnas hälso- och sjukvårdstillstånd varierar samt har minskat eller försvunnit vid vissa boenden.

De intervjuade beskriver att ny information om vård- och omsorgstagarnas hälso- och sjukvårdstillstånd i stället ofta delges i förbifarten, i korridoren, via post-it lappar eller via enskild vård- och omsorgspersonal samtidigt som den inte dokumenteras i vård- och omsorgstagarens journal samt skrivs ut och sätts in som uppdaterad information i HSL-pärmen. De intervjuade uppger att när informationsöverföringen endast bygger på muntlig vidareförmedling ökar risken att detaljer i informationen tappas bort, fördröjs eller förändras. Det är också oklart för enhetschefer och vård- och omsorgspersonal på boenden hur de ska agera när information enbart delgetts muntligen och när den inte har

dokumenterats av legitimerad personal. Detta får enligt de intervjuade konsekvensen att viktig hälso- och sjukvårdsinformation riskerar att inte dokumenteras och kommuniceras på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt.

Granskningen visar vidare att det finns risker att vård- och omsorgspersonal arbetar enligt fel eller gammal information. När signeringslistor inte uppdateras, när ordinationer i vårdplaner ändras för hand och när inaktuella vårdplaner finns kvar i HSL-pärmarna, uppstår osäkerhet för vård- och omsorgspersonalen om vad som gäller. Det ökar risken för att åtgärder genomförs vid fel tid, i fel dos, på felaktigt sätt eller inte alls. Av intervjuer framgår att en konkret risk är läkemedelsfel, exempelvis att vård- och omsorgstagare gets dubbel dos, att motstridiga besked om läkemedel ges till vård- och omsorgspersonalen under samma dag och att osäkerhet finns hos vård- och omsorgspersonalen om vilken ordination som ska följas. Arbetsterapeuter och fysioterapeuter beskriver också att ordinationer inte genomförs. Det förekommer också att ordinationerna utförs men att de inte signeras enligt signeringslistor. Detta leder till att det är oklart vilka ordinationer som utförts och inte.

Granskningen visar vidare att det varierar om kommunikationsstödet för informationsöverföring, SBAR<sup>20</sup>, används trots att åtgärden är beslutad för att underlätta att kommunikation sker på ett tydligt, effektivt och patientsäkert sätt. Enligt intervjuer och *Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025* finns ett behov av en ökad användningen av SBAR för att åstadkomma en strukturerad informationsöverföring.

Vid de intervjuer vi har genomfört i granskningen uttryckts frustration från alla yrkesgrupper när det gäller hur förutsättningarna för samverkan och samordning ser ut. Det finns en öppenhet och medvetenhet kring de brister som finns i verksamheten när det gäller utförandet av hälso- och sjukvårdsuppgifter. De arbetsätt som finns beskrivs som ”stenålders” och bygger på ”papper och penna”.

### 3.2.10 Kontinuiteten i samverkan varierar

I *Göteborgs stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor* framgår att samverkan kring verksamhetsfrågor sker för att koordinera resurser och arbetsinsatser utifrån det gemensamma uppdraget; en god och nära vård och omsorg där syftet är att skapa förutsättningar för att förbättra kvaliteten, effektiviteten och patientsäkerheten inom vården och omsorgen.

#### 3.2.10.1 Operativ samverkan

Granskningen visar att den operativa samverkan brister genom att den är ojämnt utvecklad inom såväl ÄVO som FFS samt att den inte fungerar som ett etablerat och gemensamt arbetssätt. Av intervjuer framgår att trots att det finns en samverkansrutin och en intention att använda *operativ samverkan* för att lyfta avvikelser, föra över information och komma överens om hur samverkan och

---

<sup>20</sup> SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd, rekommendation och ska användas för strukturerad muntlig informationsöverföring mellan vård- och omsorgspersonal och legitimerad personal. Syftet är att minska risken att viktig information faller bort eller misstolkas och därmed stärka patientsäkerheten.

samordning av hälso- och sjukvård ska fungera, har enheterna kommit olika långt i att genomföra operativ samverkan. Vid vissa enheter har ett arbete med operativ samverkan påbörjats samtidigt som andra enheter har kommit längre. Intervjuerna visar också att det saknas fungerande samverkan vid vissa boenden.

Vidare framkommer att rutinen inte är tillräckligt implementerad och konkretiserad. Det innebär att det inte är tydligt vad som ska behandlas inom den operativa samverkan, hur avvikelser och frågor om exempelvis samverkan och samordning ska diskuteras, samt vilka frågor som ska hanteras i forumet och hur ofta möten behöver hållas för att skapa ett fungerande samarbete. Följden blir att rutinen tolkas olika av medarbetare, enhetschefer inom socialtjänst och enhetschefer inom hälso- och sjukvård. Därmed saknas en likvärdig struktur för hur frågor om samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsåtgärder och hur avvikelser, risker och gemensamma åtgärder ska hanteras i det dagliga arbetet samt vilka frågor som ska lyftas vidare i organisationen.

### 3.2.10.2 Strategisk samverkan

I *Göteborgs stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor* framgår att strategisk samverkan syftar till att fokusera på långsiktiga åtgärder som påverkar kvaliteten, effektiviteten och patientsäkerheten inom vården och omsorgen. Frågor som ska lyftas är exempelvis uppföljning kring återkommande avvikelser, vidtagna åtgärder, fattade beslut, kvalitetsregister, uppdrag från verksamhetschefer med mera. Samverkan på strategisk nivå beskrivs i intervjuerna fungera bättre än på operativ nivå. Det finns dock en problematik kopplad till att information och beslut från strategisk samverkan inte alltid förs vidare i organisationen och kommuniceras på ett tydligt sätt till alla enhetschefer som behöver informationen.

## 3.2.11 Bedömning

Vår bedömning är att nämndernas genomförande av samordning och samverkan av hälso- och sjukvård brister i det praktiska genomförandet i förhållande till den styrning som ÄVO och NFS har beslutat om. Viktiga strukturer, arbetssätt och förutsättningar för samverkan bör stärkas mellan nämnderna på flera områden, exempelvis inom delegeringsarbetet, gällande handledning och informationsöverföring.

Det finns brister i arbetet med att delegera och följa upp delegeringar. Det finns vidare brister i förutsättningar för vård- och omsorgspersonal att få handledning av legitimerad personal samt att komma kontakt med dem utifrån behov. Därutöver visar granskningen att uppdatering av viktig information i hälso- och sjukvårdspärmar samt i den muntliga kommunikationen brister. Vidare finns brister i kontinuiteten i samverkan mellan relevanta yrkesgrupper.

Vår bedömning är att nämnderna inte har skapat tillräckliga förutsättningar för legitimerad personal att delegera och ordinera hälso- och sjukvårdsuppgifter och samtidigt säkerställa en god och säker vård. Detta på grund av att alla boenden

inte har tillgång till vård- och omsorgspersonal med grundläggande hälso- och sjukvårdskompetens och tillräcklig kompetens för att ta emot delegerade uppgifter. Vidare finns det brister när det gäller enhetscheferns ansvar att följa upp vilka delegeringar som är aktuella. Legitimerad personal genomför inte alltid heller en systematisk uppföljning och kontroll av vård- och omsorgspersonalens kunskap och förmåga samt om delegerade arbetsuppgifter utförs på ett patient-säkert sätt vid förnyelse av delegering.

Vår bedömning är vidare att tillgängligheten till legitimerad personal för handledning varierar. Tillräckliga förutsättningar ges inte alltid för att sjuksköterskor ska kunna visa personal praktiskt hur åtgärder ska utföras samt kontrollera att mottagaren har kunskap och förmåga att utföra åtgärden på ett säkert sätt. Därutöver ser vi att det finns svårigheter för enhetschefer och vård- och omsorgspersonal att komma i kontakt med sjuksköterskor vid tillfällen då vård- och omsorgspersonalen har frågor om, eller behöver upplysa den legitimerade personalen om förändrat eller försämrat hälsoläge eller om de saknar kunskap och förmåga att utföra en ordinerad åtgärd. Konsekvenser av bristande förutsättningar att komma i kontakt med sjuksköterskor är bland annat fördröjda bedömningar, missade eller försenade ordinationer, större osäkerhet i arbetet samt ökad risk för bristande patientsäkerhet.

Vår bedömning är vidare att det i praktiken saknas ett fungerande arbetssätt för kommunikation och informationsöverföring. Detta beror till stor del på att det saknas ett gemensamt systemstöd vilket bland annat innebär att vård- och omsorgspersonal inte kan ta del av vårdplaner samt relevanta delar av legitimerad personals anteckningar och journalföring som gäller vård- och omsorgstagarnas aktuella hälso- och sjukvårdstillstånd och ordinationer. Vidare är hälso- och sjukvårdspärmarna inte alltid uppdaterade med relevant hälso- och sjukvårdsinformation. Det saknas vid en del boenden också organiserade strukturer för muntlig överlämning av information om vård- och omsorgstagarnas hälso- och sjukvårdstillstånd vilket innebär att viktig information i stället kan delges i förbifarten, i korridoren, via post-it lappar eller via enskild vård- och omsorgspersonal. Samtidigt förekommer det att informationen inte dokumenteras i vård- och omsorgstagarens journal samt skrivs ut och sätts in som uppdaterad information i HSL-pärmen. Detta får konsekvensen att viktig hälso- och sjukvårdsinformation riskerar att inte dokumenteras och kommuniceras på ett ändamålsenligt och patientsäkert sätt.

Vår bedömning är också att följsamheten till Göteborgs Stads rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor varierar och brister när det gäller operativ samverkan vid flera boenden. När det gäller strategisk samverkan så behöver denna utvecklas så att information och beslut från möten kommer alla enhetschefer till del på ett tydligt sätt. En viktig funktion med samverkan på såväl operativ som strategisk nivå är att skapa en gemensam tolkning av styrande dokument och rutiner. När verksamheter tolkar styrande dokument på olika sätt är det väsentligt att använda samverkan för att förtydliga innehållet och skapa förutsättningar för gemensamma och fungerande arbetssätt som kommer all personal till del för att utföra en patientsäker vård.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnar revisionskontoret följande rekommendation;

*Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för att utfärda och följa upp delegeringar enligt nämndernas styrande dokument.*

*Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att skapa förutsättningar för handledning mellan legitimerad personal och vård- och omsorgspersonal på ett sätt som motsvarar behoven.*

*Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systemstödet för en ändamålsenlig informationsöverföring*

*Äldre samt vård- och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka en systematisk samverkan mellan relevanta yrkesgrupper*

### **3.3 Nämndernas uppföljning av samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser**

I det här avsnittet redogör vi för om ÄVO och NFS har sett till att samverkan och samordningen följs upp enligt gällande regelverk. Viktiga utgångspunkter för uppföljning gällande samverkan och samordning gällande hälso- och sjukvårdsinsatser är patientsäkerhetslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

#### **3.3.1 Uppföljning av samverkan och samordning vid ÄVO**

Granskningen visar att uppföljning av samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet redovisas i följande rapporter vid ÄVO:

- Kvalitetsrapporter för VOB – på enhetsnivå
- Kvalitetsrapporter på verksamhets- och avdelningsnivå för VOB
- Kvalitetsrapport för VOB som bygger på områdets kvalitetsrapporter som lyfts på nämndnivå
- Kvalitet- och patientsäkerhetsrapport på enhetsnivå för legitimerad personal
- Kvalitets- och patientsäkerhetsrapport på områdesnivå för legitimerad personal
- Göteborgs Stads patientsäkerhetsberättelse 2025 för båda nämnderna.

I kvalitetsrapporten för vård- och omsorgsboenden (2025) lyfts att flera av de områden vi sett brister inom i granskningen är utvecklingsområden. Det är exempelvis samverkan och informationsöverföring mellan SoL-verksamheten och hälsosjukvården som behöver utvecklas. Det konstateras också att olika dokumentationssystem påverkar informationsflödet, vilket innebär att arbetet med att stärka kontinuiteten behöver fortsätta.

### 3.3.2 Uppföljning av samordning och samverkan vid NFS

Granskningen visar att uppföljning av samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet redovisas i följande rapporter vid NFS:

- Kvalitetsrapporter på verksamhetsnivå vid två utföraravdelningar för BMSS
- Kvalitetsrapport där BMSS ingår och som bygger på de två utföraravdelningarnas kvalitetsrapporter och som lyfts på nämndnivå
- Kvalitet- och patientsäkerhetsrapport på enhetsnivå för legitimerad personal
- Kvalitets- och patientsäkerhetsrapport på verksamhetsnivå funktionsstöd för legitimerad personal
- Göteborgs Stads patientsäkerhetsberättelse 2025 för båda nämnderna.

Sedan tidigare har stadsrevisionen lämnat en rekommendation när det gäller nämndens systematiska kvalitetsarbete. Granskning av nämnden år 2025 identifierade brister på samtliga nivåer när gäller styrning, uppföljning och kontroll och implementeringen av det systematiska kvalitetsarbetet.

I mars 2026 fastställde förvaltningsdirektör för funktionsstödsförvaltningen det styrande dokumentet *Förvaltningen för funktionsstöds anvisning för systematiskt kvalitetsarbete*. I en bilaga beskrivs roller i det systematiska kvalitetsarbetet. Enhetschefer för utförare ansvarar för att leda, genomföra och följa upp det systematiska kvalitetsarbetet på enheten. Enhetscheferna ska vidare genomföra och följa upp riskanalyser och egenkontroller, säkerställa ändamålsenlighet och följsamhet till enhetens processer och rutiner och säkerställa samverkan utifrån behov. Därutöver ska de följa upp och analysera kvalitet och resultat, såsom brukarundersökningar, avvikelser, synpunkter, tillsyn och Lex Sarah/Lex Maria.

Granskningen visar att vid tiden för granskningen saknas vid NFS en sammanställd uppföljning av hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhet på enhetsnivå vid utföraravdelningarna där BMSS ingår. Av intervjuer med företrädare för förvaltningen framgår att hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhet endast sammanställs på verksamhetsområdesnivå. Detta innebär enligt de intervjuade en brist eftersom det saknas en uppföljning som bygger på varje enhets uppföljning och analys. NFS skriver att det i verksamhetsplanen för BMSS (2026) finns mål där beskrivningen och anvisningen till dem tydliggör att enhetschefen ska redogöra för hur man arbetat med hälso- och sjukvårdsfrågor och hur måluppfyllelsen ser ut i dessa processer.

I kvalitetsberättelsen på nämndnivå konstateras bland annat att förvaltningen ansvarar för de delar av patientsäkerheten som berör den egna verksamheten. Det gäller särskilt när hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs av förvaltningens personal på delegation och även i de delar där samverkan mellan utförarverksamhet, legitimerad personal och MAS/MAR är avgörande för att patientsäkerhetsarbetet ska fungera i praktiken. Vidare konstateras att patientsäkerhet därför inte kan ses isolerat från omsorgens kvalitet, bemanning, kompetens,

arbetsmiljö och vardagliga arbetssätt. Det beskrivs även att sammanställningar av fördjupade utredningar av vårdskador och Lex Maria visar återkommande behov av tydlig samverkan, följsamhet till rutiner och fungerande informationsöverföring.

### 3.3.3 En utmaning att följa upp samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsuppgifter i en stor organisation

Granskningen visar att det finns ett antal hinder för att samverkan och samordningen ska kunna följas upp på ett ändamålsenligt sätt.

Granskningen visar att uppföljningen av hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhetsarbetet genomförs och redovisas i två spår. Dels ett spår som mynnar ut i *kvalitetsrapporter* för verksamheterna, dels ett spår som mynnar ut i den gemensamma *patientsäkerhetsberättelsen*.<sup>21</sup>

ÄVO anger att innehåll och analys diskuteras och samverkas. Enligt förvaltningen följer samtliga avdelningar upp patientsäkerheten vilket inkluderar avdelningen VoB. ÄVO anger vidare att de samverkar kring mål där avdelningschefer för hälso- och sjukvård, VoB samt verksamhetscheferna för HSL i båda nämnderna deltar. Förvaltningen anger att det är en utmaning att samverka när det gäller analyser och mål i en stor organisation där flera förvaltningar och verksamheter ska samverka.

I våra intervjuer framkommer från medarbetare vid de båda granskade nämnderna att resultaten och analysen i de två spåren inte samordnas på ett tydligt sätt, vilket enligt dem riskerar att resultera i en bristande helhet och samordning i både uppföljning, styrning och vilka åtgärder som vidtas.

### 3.3.4 Avvikelse av brister inom samverkan och samordning rapporteras sällan

I *Riktlinje för ansvarsfördelning patientsäkerhet* framgår att enhetschefer i de avdelningar och förvaltningar där kommunal hälso- och sjukvård bedrivs ansvarar för att utreda och åtgärda risker och avvikelser och rapportera till närmaste chef, MAS och MAR enligt rutin.

Granskningen visar att samtliga avvikelser som gäller hälso- och sjukvårdsåtgärder eller samordning och samverkan av hälso- och sjukvårdsåtgärder inte rapporteras i verksamhetssystemet Treserva enligt rutin och stödjande dokument. Detta framkommer i de intervjuer vi genomfört och innebär att det finns ett mörkertal när det gäller avvikelser som inträffar i verksamheterna. Av intervjuer framgår att avvikelser framför allt rapporteras när det gäller läkemedel och att brister som gäller exempelvis fysioterapi, arbetsterapi, träning, vändschema, vätskelistor och att andra ordinerade hälso- och sjukvårdsinsatser rapporteras mer sällan eller inte alls. Även avvikelser som gäller samordningen och

---

<sup>21</sup> Dels enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, dels enligt patientsäkerhetslagen

samverkan mellan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och vård- och omsorgspersonal rapporteras sällan enligt de intervjuade.

Orsaker som uppges till att avvikelser inte rapporteras är bland annat att rapporteringssystemet i verksamhetssystemet Treserva upplevs som krångligt och tidskrävande. Detta medför att personal ibland avstår från att skriva avvikelser och detta särskilt när arbetsbelastningen redan är hög.

Andra orsaker som uppges i intervjuerna är att vård- och omsorgspersonal upplever rädsla för att avvikelser ska drabba dem eller någon annan personligen och att det ibland uppstår motsättningar om vård- och omsorgspersonal eller legitimerad personal ska skriva avvikelser. Det framkommer också i intervjuer att vård- och omsorgspersonal kan sakna kunskap om vad avvikelserapporteringen innebär och vad som konkret kan utgöra en avvikelse. Ytterligare orsaker som uppges till att inte rapportera avvikelser är bristande återkoppling vilket enligt de intervjuade försvagar tilltron till systemet.

I *Göteborgs Stads patientsäkerhetsberättelse 2025* framgår att skyldighet att rapportera avvikelser gäller legitimerade medarbetare samt medarbetare som utför ordinerade hälso- och sjukvårdsåtgärder med eller utan delegering. Vidare framgår att syftet med att rapportera avvikelser är att vårdgivaren ska kunna vidta förebyggande åtgärder för att förhindra att händelsen inträffar igen och därmed bevara en hög patientsäkerhet. Samtliga avvikelser ska rapporteras digitalt och i första hand omhändertas av närmsta chef som utreder, bedömer och vidtar åtgärder. Chefen ska vid behov skicka avvikelserrapporten till MAS och MAR för bedömning om fördjupad utredning ska utföras. Finns det misstanke om att händelsen kan vara allvarlig tar MAS och MAR beslut om att starta en fördjupad utredning.

Granskningen visar att processen att utreda och vidta åtgärder för att förbättra verksamheten är implementerad i varierande grad och att processen att hantera avvikelser är ett identifierat utvecklingsområde som lyfts fram i intervjuer av personal från både ÄVO och NFS.

Av intervjuer framgår att konsekvenserna av den icke fungerande avvikelshantering är att bristområden och risker inte synliggörs och analyseras samt rapporteras vidare i organisationen. Därmed synliggörs inte brister och risker som gäller samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor heller i den utsträckning som behövs. Granskningen visar också att hälso- och sjukvårdsrisker som inte är kopplade till läkemedelsområdet underskattas. Det innebär att ledning och legitimerad personal får en ofullständig bild av vad som går fel, hur ofta det sker och vilka boenden eller arbetsmoment som är mest sårbara.

### **3.3.5 Underrapportering när det gäller vårdskador samt risker för vårdskador**

Enligt patientsäkerhetslagen är hälso- och sjukvårdspersonalen skyldiga att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.

Personalen ska därför rapportera till vårdgivaren vid risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.<sup>22</sup>

Vår granskning visar att det finns risk att avvikelser som gäller vårdskador eller risker för vårdskador inte rapporteras på ett sätt som motsvarar behoven vid VoB och BMSS. Av intervjuer framgår att det på enhetsnivå på boenden i ÄVO och NFS finns en kunskapsbrist samt osäkerhet när det gäller vad som utgör en vårdskada eller en risk för vårdskada samt hur rapportering ska ske.

I *Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025* framgår att det bland vård- och omsorgspersonalen finns svårigheter att identifiera vilka händelser som kan innebära en vårdskada. Det konstateras också att medarbetare underreporterar avvikelser samt att chefer inte tar kontakt med MAS och MAR i tillräcklig utsträckning. Vidare framgår av patientsäkerhetsberättelsen att personal i organisationerna upplever att det är svårt att utreda och dokumentera i verksamhetssystemet Treserva.

### 3.3.6 Behov av stöd i uppföljning och analys på enhetsnivå

Granskningen visar att det finns behov av stöd i uppföljning och analys på enhetsnivå vid VoB och BMSS när det gäller det systematiska kvalitetsarbetet som omfattar hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Därutöver behöver analyser av återkommande mönster, bakomliggande orsaker och samlade riskbilder utvecklas. Vid NFS behöver kvalitetsarbetet, som vi beskrivit ovan, dessutom genomföras på enhetsnivå enligt *Förvaltningen för funktionsstöds anvisning för systematiskt kvalitetsarbete*.

Av intervjuer med företrädare för ÄVO och NFS framgår att det finns ett behov av att förtydliga och förankra syftet med det systematiska kvalitetsarbetet vid båda förvaltningarna. Vidare framgår att det finns behov av att förbättra och kommunicera stöd och anvisningar om vad som förväntas i det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer i organisationen när det gäller vad som ska följas upp och hur uppföljningen ska gå till samt hur statistik ska rapporteras. De intervjuade beskriver att både kvalitetsledningssystem, avvikelssystem och journalsystem har begränsningar när det gäller att ta ut information och statistik på ett systematiskt sätt. Konsekvensen blir att uppföljningen redovisas på olika sätt och att den i hög grad riskerar att bygga på subjektiva bedömningar i stället för strukturerad och jämförbar data.

Det framkommer i granskningen att MAS, MAR och SAS har påbörjat så kallade utredningsform (också benämnt som kvalitetsråd och kvalitetsdialoger). Syftet är att ge enhetschefer stöd i avvikelshantering och att sprida kunskap när det gäller systematiskt kvalitetsarbete. Genom detta ska chefer få stöd i frågor som uppstår i samband med analys, åtgärder och bedömningar. Denna åtgärd planeras fortsätta.

---

<sup>22</sup> Patientsäkerhetslagen 6 kap. 4 §

### 3.3.7 Arbetet med patientsäkerhetsberättelsen kan stärkas

Enligt patientsäkerhetslagen ska patientsäkerhetsberättelsen beskriva hur vårdgivaren har arbetat med patientsäkerhet under föregående kalenderår och vilka resultat som uppnåtts samt vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten<sup>23</sup>. *Göteborgs stads patientsäkerhetsberättelse 2025* består av redogörelser som omfattar ÄVO och NFS och socialnämnden Sydvest.<sup>24</sup>

Granskningen visar att *Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025* ger en översiktlig bild av arbetet för att säkerställa patientsäkerhetsarbetet, resultaten av arbetet och åtgärder för att öka patientsäkerheten. Granskningen visar också att patientsäkerhetsberättelsen saknar en analys av vilka konkreta resultat som uppnåtts i patientsäkerhetsarbetet och vilka nämnder och specifika verksamheter resultaten omfattar.

I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs mål för år 2025 som är kopplade till samverkan och samordning:

- Säkerställa följsamhet till samverkansrutinerna ”Rutin för samverkan kring verksamhetsfrågor”
- Utveckla befintliga samverkansformer gällande hälso- och sjukvård inom förvaltningen för funktionsstöd och socialförvaltningen Sydvest.
- Utveckla samverkansformer gällande patientsäkerhet mellan Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och verksamhetschef enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Det framgår emellertid inte på ett tydligt sätt vilket arbete som gjorts i förvaltningarna och verksamheterna för att uppfylla dessa mål samt vilket resultat som har uppnåtts. I intervjuer anges att en anledning är att det saknas tillräckligt tillförlitliga och mätbara underlag för att lyfta frågorna på ett tydligt sätt och att patientsäkerhetsberättelsen innehåller få resultat som är jämförbara mellan verksamheter och över tid. De intervjuade menar att underlagen till patientsäkerhetsberättelsen rapporteras och sammanställs på olika sätt och att den aggregerade nivån därför blir svag.

Granskningen visar också att de målsättningar och aktiviteter som beskrivs under rubriken ”Övergripande mål och aktiviteter för kommande år”, inte på ett heltäckande sätt tar sikte på att åtgärda och komma till rätta med brister i patientsäkerhetsarbetet. I *Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025* framgår att patientsäkerhetsarbetet ska bedrivas inom alla tre förvaltningar där varje verksamhet ansvarar för att ta fram egna mål och aktiviteter för kvalitet och patientsäkerhet. Vidare framgår att dessa mål ska utgå från lokala behov och prioriteringar och att de ska komplettera det gemensamma mål som finns på övergripande nivå. Genom att dokumentera aktiviteter i verksamhetsplanerna och följa upp resultat säkerställs att arbetet bidrar till en trygg och säker vård.

<sup>23</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:659)

<sup>24</sup> Socialnämnd Sydvest ingick ursprungligen i granskningen. Efter en omorganisation år 2025 där verksamhet överförts till ÄVO, har socialnämnd Sydvest utgått från granskningen.

I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs att ett gemensamt mål för 2026 har tagits fram för att säkerställa en sammanhållen och trygg vård inom Göteborgs Stad. Målet är formulerat enligt följande: "Patienter ska ges en trygg och säker vård genom tillförlitlig delning av information väsentlig för att kunna ge rätt vård.". Vidare framhålls att informationsöverföring är en central del av vård- och omsorgsprocessen och har en direkt betydelse för patientens säkerhet samt att ett gemensamt fokus på säker informationsöverföring förebygger brister i kommunikation och minskar risken för vårdskador samt ger en mer sammanhållen och förutsägbar vård. Målet är därför enligt patientsäkerhetsberättelsen långsiktigt och gäller under tre år för att ge kontinuitet i förbättringsarbetet och möjliggöra uppföljning över tid. Enligt patientsäkerhetsberättelsen ska det vidare efter tre år göras en utvärdering och analys av hur målet har uppfyllts. Ett gemensamt delmål har vidare tagits fram som enligt patientsäkerhetsberättelsen är *Ökad användning av SBAR för strukturerad informationsöverföring*.

Syftet med delmålet är enligt patientsäkerhetsberättelsen att insatser ska genomföras för att öka kunskapen om och användningen av SBAR och där resultaten ska rapporteras i nästa års (2026) patientsäkerhetsberättelse. Målet är att under treårsperioden tydligt visa förbättringar i medarbetares kunskap, användning av SBAR och kvaliteten på informationsöverföringen, vilket enligt patientsäkerhetsberättelsen ska stärka patientsäkerheten och tryggheten för patienterna.

Av intervjuer framgår att det är svårt att formulera konkreta och mätbara mål när patientsäkerhetsberättelsen omfattar flera nämnder och verksamheter med lokala förutsättningar. Följden som beskrivs blir att mål och åtgärder blir allmänt hållna samt att väsentliga risker och brister inte alltid lyfts upp i den övergripande patientsäkerhetsberättelsen. I intervjuer uttrycks att alla viktiga brister inte identifieras eller tas upp i patientsäkerhetsberättelsen. Ett skäl som anges är att det saknas tillräckligt tillförlitliga och mätbara underlag för att lyfta frågorna på ett tydligt sätt.

### 3.3.8 Bedömning

Sammanfattningsvis bedömer vi att det finns en uppföljning av samordning och samverkan men att den kan stärkas.

Vi bedömer att det delvis finns en organisation och ansvarsfördelning när det gäller det systematiska kvalitetsarbetet för samverkan och samordning av hälso- och sjukvårdsfrågor enligt patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

När det gäller ÄVO finns en organisation för att följa upp hälso- och sjukvårdsfrågor och kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i linjen från enhetsnivå till avdelningsnivå i avdelningen hälso- och sjukvård och i avdelningen vård- och omsorgsboende.

När det gäller NFS finns en organisation för att följa upp kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i linjen från enhetsnivå till avdelningsnivå i avdelningen hälso- och sjukvård. När det gäller uppföljning av hälso- och sjukvårdsfrågor saknas

emellertid en sammanställd uppföljning på enhetsnivå vid förvaltningens avdelningar för utförare.

Granskningen visar samtidigt att det finns ett antal hinder och brister som hindrar en tillfredsställande uppföljning av samverkan och samordning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Granskningen visar att flera av de bristområden som vi uppmärksammat i granskningen också finns beskrivna i nämndernas kvalitetsrapporter och patientsäkerhetsberättelser, vilket vi bedömer som positivt.

Vi bedömer att det finns en risk för bristande helhet och samordning i både uppföljning, styrning och vidtagna åtgärder vid uppföljningen av samverkan i hälso- och sjukvårdsfrågor och patientsäkerhet. Uppföljningen genomförs och rapporteras i två spår till nämnderna, utifrån hur kraven på verksamheterna är ställda. Innehåll och analys samt mål diskuteras och samverkas visserligen mellan de olika verksamheterna. Dock beskrivs i granskningen att det är en utmaning att samverka när det gäller analyser och mål i en stor organisation där flera förvaltningar och verksamheter ska samverka. Detta innebär att det finns en risk att resultaten och analysen i de två spåren inte samordnas på ett tydligt sätt, vilket riskerar att resultera i en bristande helhet och samordning i både uppföljning, styrning och vilka åtgärder som vidtas.

Vi bedömer att det finns risk för att det saknas ett tillförlitligt underlag för att synliggöra, analysera och åtgärda brister inom ramen för nämndernas ansvarsområden. Detta beror på att processen för att hantera avvikelser inte är tillräckligt förankrad och fungerande i praktiken i någon av verksamheterna VoB eller BMSS. Avvikelser som gäller brister i samordning, samverkan och informationsöverföring rapporteras inte i av alla medarbetare i den omfattning som de borde. Det finns också en konstaterad underrapportering när det gäller vårdskador och risk för vårdskada. Därutöver är processen att utreda och vidta åtgärder vid de avvikelser som rapporteras utvecklingsområden som identifierats av båda nämnderna. Vi ser positivt på att nämnderna identifierat detta som ett utvecklingsområde.

Vi bedömer också att det finns behov av att stärka stödet till enhetschefer vid boenden när det gäller att förtydliga och förankra syftet med det systematiska kvalitetsarbetet vid båda förvaltningarna. Detta innefattar att kommunicera stöd och anvisningar om vad som förväntas i det systematiska kvalitetsarbetet på olika nivåer i organisationen när det gäller vad som ska följas upp och hur uppföljningen ska gå till samt hur statistik ska rapporteras. Detta säkerställer att uppföljning genomförs, analyseras och rapporteras likvärdigt och skapar ett strukturerat underlag för analys som rapporteras till nämnderna.

Vi bedömer att *Patientsäkerhetsberättelse för Göteborgs Stad 2025* saknar en analys av vilka konkreta resultat som uppnått i patientsäkerhetsarbetet och vilka nämnder och specifika verksamheter resultaten omfattar.

Mot bakgrund av de brister som framkommit i granskningen lämnar revisionskontoret följande rekommendation:

*Äldre- samt vård och omsorgsnämnden och nämnden för funktionsstöd rekommenderas att stärka systematiken i uppföljningen av samverkan och*

*samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser för att få ett bättre beslutsunderlag, i syfte att stärka patientsäkerheten.*